

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

597

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Victor MORINIÈRE

Né à Beaupréau (Maine-et-Loire) le 3 décembre 1873

Ancien interne des hôpitaux d'Angers

SUR LA

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

DELBET et WALTER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

597

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Victor MORINIÈRE

Né à Beaupréau (Maine-et-Loire) le 3 décembre 1873

Ancien interne des hôpitaux d'Angers

SUR LA

MYOMECTOMIE ABDOMINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

DELBET et WALTER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

À LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON COLLÈGUE ET AMI D'ENFANCE

PAUL BRICHETEAU

Interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

À MES PROFESSEURS

Du Collège de Beaupréau

À MES MAÎTRES

À l'Hôpital et à l'Ecole de médecine d'Angers ■

À MES MAÎTRES

De la Faculté de médecine de Paris

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avant-Propos

C'est avec un profond sentiment de tristesse que je vois arriver le moment pénible de dire adieu à cette vie d'étudiant si douce et si agréable que j'ai vécue pendant quatre ans à l'Hôtel-Dieu d'Angers, où j'ai trouvé non loin de ma famille des affections sincères et durables. Je suis bien heureux que l'usage me permette, au début de ce travail, de jeter sur le passé un regard de regret et d'assurer de ma plus vive reconnaissance mes chers parents, mes professeurs, mes chers amis de l'internat et toutes les personnes qui m'ont aidé par leurs sages conseils et leur affectueux dévouement à atteindre le but que je me suis proposé.

Que Monsieur le Directeur de l'Ecole de médecine, M. le professeur Legludic, veuille bien tout d'abord recevoir l'hommage respectueux de ma profonde gratitude pour le bienveillant accueil qu'il m'a toujours montré dans le cours de mes études médicales, et principalement pendant les quelques mois que je fus interne dans son service à l'Hôtel-Dieu.

Mes premiers maîtres à l'Ecole de médecine furent MM. les professeurs Mareau et Charier qui m'enseignèrent l'anatomie avec tant de compétence et de dévouement. A ces deux professeurs, d'une si franche cordialité, j'adresse mes plus sincères remerciements.

A l'Hôtel-Dieu j'eus la bonne fortune d'être attaché comme interne provisoire au service de M. le professeur Dezanneau dont l'enseignement fut toujours si apprécié. A la mémoire de cet éminent maître, si regretté de ses malades et de ses élèves, je veux adresser un souvenir ému de respectueuse reconnaissance. M. le professeur Feillé commença mon éducation médicale et m'initia aux finesses de l'auscultation, je veux lui exprimer ici, avec ma profonde gratitude, le regret que j'ai éprouvé de ne plus voir chaque matin à l'hôpital ce maître vénéré.

Je voudrais pouvoir trouver des termes nouveaux pour dire à Monsieur le professeur Jagot combien je le remercie des marques d'intérêt et de confiance qu'il n'a cessé de me prodiguer. J'ai eu l'honneur d'être son premier interne à la clinique médicale. C'est à son école que j'ai appris les difficultés du diagnostic et que j'ai vu la bonté et la douceur que doit apporter le médecin près de ceux qui souffrent. Je garderai toujours fidèlement le souvenir de cet excellent maître.

C'est à M. le Dr Monprofit, professeur de clini-

que chirurgicale, que je dois le meilleur de mes connaissances chirurgicales. Il m'a fait voir les merveilles que peut réaliser aujourd'hui un chirurgien expérimenté et doué d'une rare habileté. Je suis fier d'avoir été l'interne d'un tel maître. Il a bien voulu me fournir les documents nécessaires pour entreprendre ce travail, je veux lui exprimer mes plus vifs remerciements.

Je tiens également à remercier, d'une façon particulière, M. le D^r Boquel, professeur de clinique obstétricale qui m'a initié avec une rare bienveillance à l'art si important des accouchements. A maintes reprises, il m'a laissé dans son service de la maternité une large initiative dont je me suis efforcé de profiter. Qu'il me permette ici de l'assurer de ma sincère reconnaissance et de ma respectueuse affection.

Ma reconnaissance est également acquise à M. le Professeur Thibault dont j'ai eu la bonne fortune à plusieurs reprises de suivre comme interne les leçons cliniques si détaillées si pleines d'aperçus nouveaux. Merci aussi à M. le Professeur Tesson, qui fut mon dernier maître à l'Hôtel-Dieu et dont j'emporte un excellent et durable souvenir.

J'eus encore le bonheur à l'Ecole ou à l'hôpital de profiter des conseils et de la science de MM. Brin, Martin, Papin, Roguet, Maugourd, Cocard, Royer. Ils m'ont prouvé par leur aimable indulgence et les bonnes relations que nous avons toujours eues, qu'ils étaient plutôt pour moi des amis plutôt que des maîtres.

Que M. le Docteur Petit reçoive mes sincères remerciements pour l'aimable empressement qu'il a mis à me laisser suivre sa clinique dentaire où j'ai puisé les notions d'odontologie nécessaires à tout praticien.

Que M. le Professeur Tillaux, qui m'a fait le grand honneur d'accepter avec tant de bienveillance la présidence de ma thèse, daigne agréer l'expression de ma profonde gratitude,



Depuis l'année 1863, époque à laquelle remonte la première hystérectomie pratiquée par un chirurgien français, que d'utérus ont été enlevés aussi bien dans notre pays que dans les autres contrées d'Europe et principalement en Amérique !

La plupart des chirurgiens, à Paris, en province ou à l'étranger, pour peu qu'ils aient une pratique de quinze à vingt ans, nous fournissent des statistiques où l'on compte les ablations d'utérus par cinquantaines et mêmes par centaines pour quelques-uns. Le nombre considérable de thèses faites sur ce sujet depuis vingt ans, le grand nombre de procédés opératoires inventés par les maîtres de la chirurgie, les nombreuses discussions que nous relatons à chaque congrès de gynécologie, tout cela nous prouve encore l'extension considérable qu'à prise l'opération de l'hystérectomie.

Il me siérait mal de faire le moraliste, de rechercher jusqu'à quel point toutes ces interventions étaient

justifiées, de vouloir trouver dans les nombreuses ablations d'ovaires ou d'utérus la cause principale de la dépopulation ou une sorte d'encouragement à la prostitution comme le prétendent certains journalistes. Non, je laisse le soin de soutenir ces thèses, peu soutenables à mon avis, aux romanciers et aux auteurs dramatiques, qui du reste n'ont pas manqué depuis quelque temps d'aborder cette grave question.

Mais je crois qu'il m'est permis de constater, après beaucoup d'autres, l'engouement qu'on eu et que possèdent encore certains chirurgiens pour l'hystérectomie, à tel point que dans leur intransigeance ils ne veulent pas entendre parler d'opérations moins radicales. Le public va jusqu'à leur reprocher vivement l'extrême facilité avec laquelle ils dépouillent les femmes de leur sexe, sans s'inquiéter des troubles et accidents nerveux auxquels ils exposent leurs malades après ces ablations totales, ne semblant pas non plus se douter qu'ils ravissent aux jeunes femmes tout espoir des joies de la maternité.

Le devoir que lui trace sa conscience est pour le chirurgien bien au-dessus de l'opinion publique, et avant de songer à faire de la chirurgie conservatrice, avant de conserver un organe aussi important que celui de la gestation, il doit avoir pour but de conserver la vie et la santé à ses malades. L'hystérectomie n'est pas discutable dans les cancers utérins, par exemple, comme je l'ai vu maintes fois pratiquer

avec un succès certain et durable. On doit y recourir dans bien des cas de tumeurs fibreuses ; mais, et c'est la question que je vais tenter de résoudre, doit-on enlever un utérus parce qu'il est atteint d'un fibromyome ?

Pendant mon internat dans le service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers, il m'a été donné de voir un bon nombre de malades atteintes de myomes utérins. Ces tumeurs affectaient des volumes variables et des rapports différents avec les parois de la matrice.

J'ai vu, dans certains cas, M. le Professeur Monprofit pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ; je l'ai vu, d'autres fois, laisser les ovaires en place et enlever la plus grande partie de l'utérus avec le myome ; mais je possède plusieurs observations inédites recueillies personnellement pour la plupart, où l'ablation du fibromyome a été totale et la conservation complète de la matrice.

Malgré tout ce qui a été écrit sur le traitement des fibromes utérins, après toutes les discussions engagées sur ce terrain, cette question est quand même à l'ordre du jour.

Mon intention n'est point, dans ce modeste travail, de faire une étude complète sur les myomes de la matrice, aussi je passerai sous silence tout ce qui a rapport aux symptômes, à l'étiologie, à l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Mon but est d'essayer, en m'appuyant sur quelques faits inédits, de démontrer qu'il ne faut pas enlever tous les utérus atteints de fibromes, et que, dans des cas qui deviendront de plus en plus nombreux, on peut se contenter d'enlever la tumeur en conservant l'organe de la gestation. J'ai cru bon, pour ne pas m'étendre démesurément sur la question, d'assigner des limites précises à mon sujet et de ne pas aborder ici les ablations de myomes par le vagin, mais de parler seulement de la myomectomie abdominale.

J'ai dû consulter un grand nombre d'ouvrages sur la question. Les livres classiques ne s'étendent pas longuement sur ce sujet. J'ai lu néanmoins avec fruit les traités de gynécologie de M. Pozzi, de MM. Labadie-Lagrave et Legueu, de Péan, de Kelly, les traités de chirurgie de MM. Duplay et Reclus, de MM. Le Dentu et Delbet. La lecture du compte-rendu des congrès de gynécologie et des thèses récentes m'ont été d'une grande utilité.

Pour remplir mon humble tâche, j'ai jugé nécessaire de m'imposer l'ordre suivant dans le développement de mes idées.

Après un rapide coup d'œil sur les différents traitements des fibromes, je m'efforcerai dans ma première partie de retracer rapidement l'histoire de la myomectomie et d'en donner une définition précise.

Dans un deuxième chapitre j'exposerai le manuel opératoire tel que je l'ai vu souvent pratiquer à l'Hô-

tel-Dieu d'Angers pour le plus grand bien des malades.

La troisième partie sera consacrée à la discussion, c'est-à-dire aux avantages et aux désavantages de la myomectomie, à ses indications et ses contre-indications.

Enfin l'exposé de mes observations inédites précédera mes conclusions.



Il y aurait un volume à écrire sur la seule question des divers traitements préconisés pour l'amélioration ou la suppression complète des accidents qu'amènent les tumeurs fibreuses de l'utérus. Je ne ferai que citer les traitements palliatifs, symptomatiques pour la plupart, qui ont rendu et rendront encore des services lorsqu'on ne pourra faire mieux, surtout quand les malades ou leur famille s'opposent énergiquement à une intervention curatrice.

Les traitements médicaux peuvent se ranger en trois catégories : les médicaments, le traitement thermal et l'électrothérapie.

Parmi les premiers, il suffit d'indiquer l'ergot de seigle, employé en injections sous-cutanées d'après la méthode d'Hildebrandt et l'hydrastis canadensis. Je n'ai pas à insister sur la valeur hémostatique bien connue de ces deux médicaments. Beaucoup d'auteurs reconnaissent une action indéniable sur les fibromes utérins aux eaux chlorurées sodiques telles que les

sources de Salies de Béarn, de Salins, de Kreuznach. Il y a trente ans déjà, en 1870, qu'un américain Cutter employa pour la première fois l'électricité contre les myomes utérins ; il fut suivi dans cette voie par Cini-selli en Italie, mais c'est surtout Apostoli qui a vulgarisé la méthode en France, et lui a donné son nom. Les courants continus ont paru à beaucoup d'observateurs diminuer les hémorrhagies et les douleurs et ils peuvent ainsi amener une certaine amélioration dans l'état général.

Je citerai encore quelques opérations qui ne sont, à mon sens, que palliatives et n'impliquent aucune idée d'exérèse du néoplasme, ce sont : le curettage, les injections intra-utérines avec des liquides variés, la dilatation du col sanglante ou non sanglante, la scarification intra-utérine.

Il y a encore deux interventions qui comptent plus d'un partisan, je veux parler de la castration qui a été préconisée par Hégar et de la ligature des artères utérines qui fut pratiquée pour la première fois par Fritsch. Ces deux opérations amènent souvent la cessation des hémorrhagies et quelquefois la diminution de la tumeur, mais ces résultats ne peuvent être mis en parallèle avec ceux de l'ablation du fibro-myome de l'utérus.

Les indications du traitement vraiment chirurgical se sont étendues à mesure que les progrès de la technique opératoire ont diminué les risques de l'in-

tervention et l'on peut dire qu'aujourd'hui le seul traitement curatif des fibro-myomes est l'ablation de la matrice ou la myomectomie. Ces deux opérations peuvent se faire par la voie abdominale ou par la voie vaginale.

Je n'ai pas l'intention de retracer l'histoire des interventions que l'on pratique par le vagin, ce serait m'éloigner inutilement du but que je me suis proposé. Qu'il me suffise d'énumérer les opérations que le chirurgien peut faire par cette voie : 1° l'ablation des polypes ; 2° l'énucléation des myomes comme le faisait Amussat dès 1840 ; 3° l'ablation de la tumeur par morcellement et 4° enfin l'hystérectomie vaginale.

Ces quatre interventions, comme nous le verrons plus tard, ont une analogie à peu près complète avec celles qui se font par la voie abdominale. Il est difficile de séparer l'histoire de la myomectomie de celle de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes.

Lizars en 1825, Dieffenbach en 1826, ayant diagnostiqué chez leurs malades des kystes de l'ovaire, se trouvèrent, une fois la laparotomie faite, en face de corps fibreux de l'utérus. Ils reculèrent devant les dangers d'une opération inconnue et se hâtèrent de refermer le ventre. Un grand nombre de chirurgiens nous rapportent des faits analogues, tels sont ceux de Baker-Brown, de Cutter, d'Atlee, de Mussey et de Smith.

En 1837, Granville eut le premier l'audace d'en-
Morinière

lever un fibro-myome pédiculé, mais il perdit sa malade qui mourut de péritonite quelques jours après l'opération. Atlee et Lane, en 1844, tentèrent la même intervention et eurent le bonheur de sauver leur malade. Les premières amputations partielles de la matrice datent de 1843 et furent pratiquées par Clay et Heath, puis la même tentative fut renouvelée par Burnham en 1853,

Le Journal de médecine et de chirurgie de Boston, dans son numéro de mai 1855, rapporte l'observation d'une malade, chez qui Kimbal aurait de propos délibéré, fait l'hystérotomie pour fibrome interstitiel. La guérison de l'opérée fut complète et sans récurrence.

En janvier 1863, Spencer Wells pratiqua pour la première fois, l'énucléation d'un myome intra-pariétal, en conservant entièrement la matrice et ses annexes ; il renouvelait en somme par la voie abdominale, l'opération qu'Amussat avait fait dès 1840 par le vagin.

Ce fut à la fin de cette même année 1863, que Kœbelé, chirurgien de Strasbourg, enleva pour la première fois de propos délibéré, un utérus atteint de tumeur fibreuse. Péan suivit son exemple et fut le vrai champion de l'hystérectomie.

Spiegelberg en 1874, fit une seconde tentative en faveur de la chirurgie conservatrice : à l'exemple de Spencer Wells, il énucléa par la voie abdominale un

gros fibrome interstitiel et conserva à la fois et la vie et l'utérus de sa malade. Dans son cas comme dans celui de Spencer Wels, il n'est fait mention d'aucune espèce de récidence ou de dégénérescence. Mais A. Martin, de Berlin, fut le propagateur, le vulgarisateur de l'énucléation des fibromes utérins par la voie abdominale avec conservation de la matrice. Il eut le mérite d'en donner des règles précises, d'en formuler quelques indications, aussi cette intervention est-elle appelée à bon droit « opération de Martin ». Cet auteur en douze ans, de 1878 à 1890, a présenté une statistique de 96 cas personnels d'énucléation de fibromes. En Allemagne son exemple fut suivi par des chirurgiens de valeur, tels que Nagel, Hager, Czempin, Freund qui se félicitent d'avoir eu recours à cette opération conservatrice.

Depuis 1890, la myomectomie n'est pas restée cantonnée en Allemagne, elle s'est peu à peu répandue en Europe et en Amérique. Krölein en 1890, rapporte une belle observation où la malade ayant subi l'opération de Martin pour un fibro-myome intrapariétal eut une rapide guérison, devint enceinte et accoucha à terme et sans difficulté d'un bel enfant plein de vie. Chevrier en 1891, Ottawa quelques mois plus tard, dans les nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, font l'apologie de l'énucléation abdominale. On retrouve encore dans ces dernières années les publications de Jaboulay, de Benneke, de Mul-

ler, de Henricius d'Helsingfors. Témoin de Bourges, Monprofit d'Angers, Ricard, rapportent un certain nombre de cas où ils ont pu guérir leurs malades sans hystérectomie. Freund, Berakowsky, Bouilly ont pratiqué de véritables opérations césariennes, pour de volumineux fibromes sous-muqueux. Ils ont incisé la cavité utérine par l'hypogastre, ont isolé et extrait le polype comme un fœtus à travers l'incision de la matrice. Enfin, tout récemment encore, M. le Professeur Duplay, dans une clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, a dit tout le bien qu'on était en droit d'espérer de la myomectomie.

Tel est le résumé de l'histoire de la myomectomie ou plutôt de ce que certains auteurs appellent la myomeetomie, car en lisant les livres classiques, on s'aperçoit que l'accord n'est pas parfait sur cette question de mot.

Beaucoup d'auteurs ne veulent donner ce nom qu'à l'ablation des fibromes sous-séreux pédiculés, d'autres avec Kelly de Baltimore désignent par myomectomie l'énucléation des fibromes telle que Martin la pratiquait, avec conservation complète de l'utérus. Le gynécologue américain oppose cette intervention à l'hystéro-myomectomie et à celle qu'il nomme la pan-hystéro-myomectomie.

Je crois avec certains auteurs, en tenant compte du sens étymologique du mot, que par myomectomie, il faut entendre l'ablation de tous les myomes, quelle

que soit la place qu'ils occupent par rapport à la matrice.

On pourra donc donner la définition suivante de la myomectomie abdominale ; C'est une opération qui consiste dans l'ablation par voie abdominale de toutes les variétés de fibro-myomes utérins avec conservation de la matrice.

Il y aura trois groupes de myomectomies :

1° L'ablation des tumeurs sous-péritonéales avec ou sans pédicules.

2° L'énucléation des myomes interstitiels, opération de Martin.

3° L'opération césarienne pour polypes fibreux.



Manuel opératoire de la myomectomie abdominale

Les fibro-myomes nés dans la paroi même de l'utérus peuvent y rester inclus, ce sont les fibromes interstitiels ou intra pariétaux. D'autres fois, en se développant, ils se portent davantage vers le péritoine et deviennent sous-séreux, sessiles ou pédiculés, ce sont les fibromes sous-péritonéaux, qui peuvent être, par la situation qu'ils occupent, des fibromes intraligamentaires. Leur développement peut les entraîner vers la cavité utérine, ils deviennent alors sous-muqueux avec ou sans pédicule.

D'après la définition que je viens de donner de la myomectomie, j'aurai donc à décrire dans ce chapitre, pour être complet, le manuel opératoire qui convient à ces différentes variétés de fibromes. J'insisterai tout particulièrement sur le traitement des fibromes interstitiels, me bornant la plupart du temps à raconter ce que j'ai vu faire par mon maître M. le Professeur Monprofit.

Myome sous-séreux pédiculé. — L'instrumentation pour ce genre d'opération ne présente rien de spécial. Le chirurgien devra avoir sous la main les instruments à laparotomie et à hystérectomie abdominale en cas de surprise.

On se sert avec le plus grand avantage pour bien éclairer la cavité pelvienne, de la valve de Monprofit. Cet instrument adopté par un grand nombre de chirurgiens, est composé de deux valves s'appliquant, l'une dans la plaie de la laparotomie, l'autre dans le vagin. Ces deux valves s'articulent l'une avec l'autre au devant du pubis et tiennent ainsi parfaitement en place, écartant largement la plaie de la laparotomie, éclairant le fond du pelvis autant qu'il est possible et supprimant un aide. Cette valve a été attaquée dernièrement par un chirurgien distingué, mais je ne crois néanmoins pas que son instrumentation compliquée détrône un jour la valve abdomo-vaginale d'un maniement si facile. A la Clinique chirurgicale d'Angers le catgut a été abandonné même pour les sutures perdues et la soie a été remplacée à peu près partout. Pour cela, il n'a pas fallu recourir aux fils en tendons de kangourou comme les opérateurs du nouveau monde ou en tendons de rennes comme le préconisent les chirurgiens russes : le simple fil de lin, le fil d'Alsace sert à faire les ligatures et toutes les sutures profondes ou superficielles, et je puis affirmer

que je n'ai jamais vu la moindre complication imputable à ce fil.

L'opération comprend trois temps principaux :

- 1° La laparotomie ;
- 2° La recherche du fibrome et son ablation ;
- 3° La fermeture du ventre.

L'incision de la paroi doit être assez étendue pour permettre à la tumeur de sortir par son petit axe. J'ai toujours vu l'incision porter dans la gaine du muscle droit du côté droit et non directement sur la ligne médiane. Ce procédé permet de ne jamais constater d'éventration post opératoire. Une fois le ventre ouvert, le chirurgien s'étant bien rendu compte de la variété et de la quantité des fibromes auxquels il a affaire, il ne reste plus qu'à procéder à l'ablation. Certains chirurgiens, imitant en cela la pratique de Klecberg d'Odessa, de Kœberlé, de Péan, croient encore préférable d'assurer l'hémostase provisoire par des tubes en caoutchouc placés aussi bas que possible sur l'utérus. Je n'ai pour ma part jamais vu employer ce moyen et je n'ai jamais constaté d'hémorrhagie gênante pendant l'opération. A l'aide d'une forte pince à griffes ou d'une sorte de tire-bouchons, la tumeur est désenclavée au besoin, bien dégagée, bien mise en lumière, des compresses antiseptiques protègent la masse intestinale, la valve abdomino-vaginale est mise en place en cas de besoin. Le pédicule est sectionné entre deux pinces, ou entre une seule pince et

la tumeur, et il ne reste plus qu'à assurer l'hémostase définitive.

Comment doit-on faire la ligature du pédicule ? C'est le point capital de l'opération. Quant ce pédicule n'est pas trop volumineux, on peut le lier comme une artère, en faisant le nœud du chirurgien. Dans la plupart des cas il est préférable de procéder par transfixion : on traverse juste au dessus de la pince le pédicule avec une aiguille armée d'un fil de lin double, dont on noue les deux chefs avec le nœud de Bantock ou de Lawson-Tait. On peut aussi tout simplement couper l'anse du fil et lier à droite et à gauche après avoir entrecroisé les chefs par un demi-tour. Avec un fil simple on peut arriver à une très bonne hémostase par la transfixion ordinaire ; avec un premier nœud on lie une moitié du pédicule, puis saisissant les deux chefs, on leur fait contourner tout le pédicule l'un à droite l'autre à gauche et l'on serre le fil en faisant un nœud solide de chirurgien au point opposé au premier. Si le pédicule est gros, on peut le comprimer très énergiquement entre les mors d'une forte pince clamp et dans le sillon tracé par la pince, il suffira de placer une série de fils solides. Le corps fibreux est sectionné à un travers de doigt au dessus de la pince, en ayant soin de ménager à ce niveau une sorte de collerette de péritoine et de substance corticale de la tumeur. On excise l'excès de tissu qu'on a ménagé au dessus du point comprimé, ne conservant que ce qui est né-

cessaire pour recouvrir la plaie, qu'on affronte avec les points de suture préalablement passés et quelques points superficiels. Telle est la description magistrale de Pozzi pour le traitement du gros pédicule. Si au moment de la section des tissus, le chirurgien a pu voir la lumière de quelques vaisseaux il les liera séparément pour plus de sûreté.

Il y a évidemment bien d'autres moyens de traiter le pédicule, mais je n'ai point la prétention de les passer tous en revue ; j'ai voulu donner les procédés que nous employons le plus volontiers et avec les plus grandes chances de succès.

Ce n'est qu'après s'être bien assuré que le moignon est parfaitement exsangue et que l'utérus ne contient pas d'autres myomes que le chirurgien est autorisé à refermer le ventre. Ce troisième temps de l'intervention n'offre rien de particulier à signaler. Je ne m'y attarderai pas.

On a pu, par ce procédé opératoire, enlever de très grosses tumeurs fibreuses pédiculées avec une parfaite innocuité pour les malades qui conservaient leur utérus ; les suites opératoires étaient toujours excellentes, comme il est facile de s'en convaincre en parcourant les observations réunies à la fin de ce travail.

Fibro-myome interstitiel ; énucléation. -- L'instrumentation est la même que dans le cas précédent et l'opération comprend trois temps principaux :

1° La laparotomie ;

2° L'examen de l'utérus et l'énucléation proprement dite ;

3° La fermeture de l'abdomen.

Je n'ai absolument rien à dire du 1^{er} et du 3^e temps qui se font comme dans les autres cas.

L'énucléation comprend elle-même quatre temps et mérite seule d'arrêter l'attention :

1° Exploration de l'utérus ;

2° Incision de l'utérus ;

3° Décortication du fibrome ;

4° Traitement de la plaie utérine.

1^{re} *Exploration de l'utérus.* — Une fois le ventre ouvert, le chirurgien doit prêter toute son attention à l'utérus et à ses annexes et examiner avec soin quelle est la variété de fibrome à laquelle il a affaire, quel est le nombre, le volume, la position des fibromyomes. L'inspection et la palpation seront les deux moyens auxquels il aura recours. La valve abdomino-vaginale mise en place, l'œil du chirurgien plonge avec facilité dans la cavité pelvienne ainsi bien éclairée. La palpation peut se faire en glissant la main de haut en bas sur la surface de la matrice ou en saisissant l'organe entre le pouce et l'index. Il est indispensable d'examiner l'utérus avec le plus grand soin, car autrement, on aurait des chances de laisser inaperçus quelques myomes, dont la présence compromettrait le succès de l'opération. Pour plus de sécurité cet examen se fera de nouveau après l'ablation des principales

tumeurs, car l'absence des myomes principaux rend le palper plus facile.

2° *Incision utérine.*— Le chirurgien sait à peu près combien il y a de fibromes à opérer ; il commence par le plus volumineux s'il y en a plusieurs. Après avoir bien attiré l'utérus hors l'abdomen sur un lit de compresses, le chirurgien peut commencer l'incision. Je ne parle pas de l'hémostase provisoire qu'on retrouve dans tous les traités classiques ; elle se fait avec des tubes en caoutchouc ou des cordons de caoutchouc plein ; mais pas plus dans cette intervention que dans la précédente je n'ai vu recourir à ce moyen et le chirurgien n'a pas été gêné par l'hémorragie.

L'incision doit être faite sur la partie la plus culminante de la tumeur sans se préoccuper de la ligne médiane de la matrice comme le veulent certains auteurs. Ceux-ci prétendaient en effet qu'une incision médiane expose moins aux hémorragies, mais rien dans l'irrigation sanguine ou la musculature de l'utérus ne peut prouver leur dire.

Il ne faut point non plus, en faisant l'incision, se préoccuper de la direction des fibres de l'utérus, et croire, comme on l'a avancé, que toute incision faite dans un autre sens que celui des fibres utérines fait bailler la plaie de la matrice. L'entrebaillement des lèvres de la plaie ne ferait du reste que faciliter la sortie du myome et n'aurait aucun inconvénient pour la suture utérine.

L'incision faite au point culminant de la tumeur sera parallèle à son plus grand axe et d'une longueur proportionnelle au fibrome à énucléer. On peut faire un grand nombre d'incisions sur la matrice, une pour chaque myome : c'est ainsi que Kelly en a fait jusqu'à 12 sur un même utérus et la malade a parfaitement guéri. Il vaut même mieux répéter une incision pour chaque tumeur que d'énucléer plusieurs tumeurs par la même incision. Le bistouri pénétrera jusqu'à ce que le chirurgien ait sous les yeux le tissu du myome, alors il ne lui restera plus qu'à procéder au troisième temps.

3° *Décortication du fibrome.* — Il faut dire d'abord que même sans lien élastique provisoire, ce troisième temps n'amène aucun suintement sanguin important, comme on serait tenté de le croire. D'après le traité de gynécologie de Kelly où j'ai trouvé beaucoup de renseignements, et mes propres connaissances, voici comment il faut procéder. On augmente le plus possible l'écartement des lèvres de l'incision, à l'aide de pinces à griffes placées sur chacun des bords de la plaie utérine ; la tumeur saisie solidement par une pince de Museux est mise en lumière le plus possible.

D'une main le chirurgien saisit la pince qui est fixée sur la tumeur et attire fortement celle-ci, la reclinant sur le côté ; de l'autre main, il opère la décortication en rasant avec ses doigts la surface même du

myome, sans violence et avec patience, il pénètre de plus en plus entre la tumeur et le tissu utérin, rompant çà et là chemin faisant quelques adhérences, quelques brides et parfois même des fibres musculaires. Il arrive souvent que les doigts du chirurgien ou le manche du scalpel ne suffisent pas à la décortication, alors il faut recourir aux ciseaux droits ou courbes pour libérer le fibrome. Les deux mains du chirurgien s'entraident et à mesure que l'énucléation s'avance d'un côté, la pince qui aggripe la tumeur la récline de plus en plus du côté opposé, de façon à permettre aux doigts de s'insinuer sur sa face profonde. Quand le myome est bien détaché d'un côté, on passe à l'autre lèvre de la plaie et l'on poursuit la décortication de ce côté jusqu'à ses extrêmes limites. On finit ainsi par faire tout le tour de la tumeur qui par de légers mouvements de traction et de bascule se détache complètement de toutes ses connexions avec le tissu ambiant.

En somme le myome, dans la plupart des cas, se laisse extirper avec la plus grande facilité, comme on chasse un noyau de fruit de sa pulpe. L'écoulement de sang est insignifiant, car la rétraction de la paroi utérine étreint les vaisseaux, et les fibres musculaires qui entourent les artères jouent, comme après la délivrance, le rôle de véritables « ligatures vivantes ». Il est rare que dans le cours de l'énucléation l'opérateur ait beaucoup de ligatures à poser, en tout cas, les ar-

tères ne sont pas plus difficiles à pincer et à lier que dans les autres régions.

Dans un certain nombre d'observations personnelles, j'indique une marche un peu différente pour la décortication. J'ai vu mon maître Monprofit, pour des fibromes du volume du poing et plus agir de la façon suivante : après avoir incisé les fibres musculaires qui recouvrent la tumeur, il fend le myome par la moitié jusqu'à ce qu'il rencontre les fibres utérines sous-jacentes à la tumeur ou même la muqueuse utérine. Nous verrons plus tard l'importance qu'on doit attacher à la conservation ou à la section de la muqueuse de l'utérus. Une fois la tumeur divisée en deux parties, c'est-à-dire après cette myomotomie, la décortication de chaque moitié se fait comme je l'ai indiqué précédemment. Ce procédé à l'avantage d'être plus expéditif et de rendre le maniement de la tumeur plus facile. La décortication est donc facile et dans les cas dont j'ai été témoin, je n'ai jamais vu les malades avoir d'hémorragie immédiate ou secondaire.

4° *Traitement de la plaie utérine.* — Il faut d'abord assurer définitivement l'hémostase ce qui sera d'autant plus facile que la tranche utérine saigne peu. Si l'on aperçoit des jets de sang ou la lumière des vaisseaux on les pince et on les lie. Dans le service de clinique chirurgicale d'Angers, je le répète, on se sert pour ces ligatures comme pour le reste du fil de lin ordinaire, et cela sans le moindre inconvénient. L'hé-

morragie en nappe que l'on constate s'arrête aussitôt que la plaie utérine est suturée.

Au sujet du traitement de la plaie utérine, je n'ai rien trouvé dans les classiques qui puisse nous éclairer et nous fournir des règles définitives. Je n'ai qu'à rappeler mes souvenirs et raconter ce que j'ai vu faire à l'Hôtel-Dieu d'Angers dans les interventions où j'ai eu l'honneur d'assister M. le Dr Monprofit.

Une fois la tumeur enlevée, j'ai vu mon maître réséquer une certaine couche des fibres musculaires qui entouraient le myome autrement dit la capsule. Ceci se fait à l'aide de ciseaux courbes avec la plus grande facilité. Je crois que cette précaution n'est pas inutile et cette conduite me paraît très justifiée. J'ai souvent entendu dire à M. le Professeur Tillaux à propos des adéno-fibromes du sein, qu'il n'était pas nécessaire d'enlever le sein tout entier pour amener la guérison, mais qu'il était presque toujours insuffisant d'enucléer l'adénome comme un noyau de cerise. « Il est indispensable, dit-il, d'enlever la poche qui sépare le néoplasme du tissu sain, or, comme la poche adhère fortement à la glande, il est nécessaire d'enlever tout autour de la tumeur une couche glandulaire saine, épaisse d'un centimètre au moins ». Je n'ai pas la prétention d'assimiler complètement l'adéno-fibrome du sein au myome utérin, mais je crois qu'on peut trouver une certaine analogie au point de vue du traitement de ces deux sortes d'affection. En

enlevant le tissu utérin péri-myomateux, on a beaucoup de chance d'éviter la récurrence. « Il m'est arrivé plusieurs fois, ajoute M. le Professeur Tillaux à propos des adéno-fibromes du sein, en examinant attentivement la pièce après ablation de trouver dans l'épaisseur de la poche isolante de toutes petites tumeurs qui n'auraient pas tardé à devenir un foyer de récurrence locale. » Pourquoi ne dirait-on pas la même chose des tumeurs fibreuses de l'utérus ?

La rétraction des fibres musculaires réduit considérablement la cavité qui contenait le fibrome, ainsi une loge qui renfermait un myome gros comme le poing, semble après rétraction musculaire pouvoir à peine contenir un œuf de poule. Il est bien rare que l'opérateur soit obligé de raccourcir les lambeaux utérins pour obtenir un bon affrontement. Je n'ai pas vu pour ma part, dans les cas dont j'ai été témoin, qu'on ait été obligé de faire la moindre résection des lèvres de la plaie, et pourtant les myomes étaient au moins du volume du poing, puisque leurs poids variaient entre 400 et 600 grammes.

Après un nettoyage soigné et une désinfection complète de la plaie anfractueuse de la matrice, le chirurgien armé d'une aiguille courbe montée d'un fil de lin fait une série de surjets superposés. Le nombre des plans de suture varie avec la profondeur de la loge fibromateuse. Pour ces myomes dont le volume ne dépasse pas celui du poing, un ou deux plans de

sutures profondes et musculaires, suffisent pour assurer le capitonnage de la poche. Un autre surjet superficiel musculo-séreux assure l'affrontement des lèvres de la plaie. J'ai vu deux fois M. Monprofit, entre les points de ce surjet, mettre quelques fils séparés pour adosser les surfaces péritonéales ; je l'ai vu se servir avec avantage de la suture de Lambert comme pour invaginer la séreuse dans la suture intestinale lorsqu'on fait le procédé « du tout à l'égout » dans la hernie légèrement sphacélée.

Cette sorte de capitonnage à l'avantage d'empêcher la formation de cavités et de diverticulum qui pourraient aisément permettre le développement de cultures microbiennes. S'il m'était permis de faire un jugement, je dirais que ce procédé est bien préférable à celui de M. le Professeur Ricard, dont j'emprunte la description à l'un de ses élèves : « Dans tous les cas, il faut que la cavité utérine soit ouverte, nettoyée pour permettre le drainage utéro-vaginal de la loge utéro-fibromateuse. Après un curetage soigné, M. Ricard pratique du corps vers le col la dilatation large et extemporanée de l'orifice interne du col et l'on place un drain rigide largement perforé, de la loge du fibrome à travers l'utérus jusqu'au vagin dont un pansement maintiendra l'asepsie ».

Mon avis n'est point d'ouvrir de parti pris la cavité utérine, car c'est exposer le foyer opératoire aux germes de toutes sortes que contient toujours un

utérus même après le curetage fait dans les meilleures conditions possibles. Est-ce que cette plaie utérine a besoin d'être drainée ? Je n'en vois nullement la nécessité puisque après tout, elle doit être aseptique, et devra se réunir par première intention. Si l'on doute à ce point de son aepsie, on fera mieux de s'abstenir d'opérer. En somme sans condamner la méthode de M. Ricard que je n'ai jamais vu employer, je trouve que le drainage ne peut être utile que lorsqu'on a de sérieuses raisons de croire que la plaie de la matrice a été infectée. Je me range donc à l'avis de la plupart des chirurgiens et je crois qu'il faut, autant que possible, dans l'énucléation d'un myome, éviter d'ouvrir la cavité utérine, mais si ce petit accident arrive, chose de peu d'importance dans certains cas, on drainera ou l'on ne drainera pas suivant les craintes plus ou moins justifiées qu'on aura de l'infection.

Telle est cette variété de myomectomie qu'on appelle l'énucléation des fibro-myomes. Je me suis borné ici à en tracer le manuel opératoire que j'ai vu employer. Mes observations inédites prouvent les qualités de cette méthode.

Pour les tumeurs sous-péritonéales non pédiculées, le manuel opératoire est le même à peu près que dans l'énucléation. Il suffit seulement ici de donner un coup de bistouri pour sectionner la séreuse, l'ablation se fait ensuite avec la plus grande facilité. Si le tissu utérin n'est pas intéressé point n'est besoin de

faire de capitonnage d'une cavité qui n'existe pas. On est parfois obligé de réséquer une partie de la séreuse qui enveloppait la tumeur, car elle ne se rétracte pas comme les fibres de l'utérus. Les deux lèvres de la plaie péritonéale sont réunies par un surjet de fil de lin.

Les tumeurs fibreuses incluses dans les ligaments larges méritent à peine une mention spéciale au point de vue opératoire. Le chirurgien mène une incision à la surface de la tumeur, de manière à ouvrir celui des feuillets du ligament large qui paraît le plus accessible. La main s'insinue entre les feuillets et la tumeur, chemine dans l'interstice cellulaire, isole la tumeur à sa surface et sur ses bords. Le myome bien isolé à sa périphérie ne tient plus à la matrice que par son pédicule. Ce pédicule subira un des traitements que j'ai indiqués précédemment. La cavité est hémotasiée et fermée par capitonnage. Si, par hasard, un suintement sanguin en nappe inspirait des craintes pour la réunion première, la cavité serait marsupialisée par suture de sa poche à la paroi abdominale et tamponnée à la gaze. Tel est l'avis de MM. Labadie, Lagrave et Legueu. Quand les connexions avec l'utérus sont importantes, quand la tumeur ne peut se détacher de la matrice, l'hystérectomie doit remplacer la myomectomie.

Fibrome sous-muqueux. Opération césarienne. — Cette opération ne diffère pas beaucoup de l'énucléa-

tion ; car dans bien des cas, on ne sait si l'on a affaire à une tumeur interstitielle ou à un myome sous-muqueux non pédiculé ; où finit la première variété, où commence la seconde ? Dans la seconde il suffit de pénétrer un peu plus près de la cavité utérine. Dans le vrai fibrome pédiculé sous-muqueux, c'est-à-dire dans le polype, il faut pénétrer dans la cavité utérine et faire une vraie césarienne.

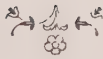
Cette intervention comprend trois temps :

- 1° L'hystérotomie ;
- 2° L'ablation de la tumeur ;
- 3° Le traitement de la plaie utérine.

L'incision de l'utérus comprend la section du péritoine, de la couche musculaire, et de la muqueuse ce qui la différencie de l'énucléation. Je n'ai pas à m'étendre sur ce premier point qui rappelle celui de l'opération précédente. Quand la matrice est ouverte, on enlève la tumeur comme s'il s'agissait d'un fœtus, ou comme si l'on extirpait un polype par le vagin. On rompt le pédicule par torsion, où l'on place sur ce pédicule une ligature solide comme dans les tumeurs sous-séreuses. L'opérateur est souvent obligé ici de fragmenter le myome pour ne pas être forcé de faire une trop large incision à la matrice. Le traitement de la plaie utérine n'offre aucune difficulté et ne diffère pas de ce que l'on fait dans l'énucléation avec en plus un surjet sur la muqueuse utérine qui n'est ouverte que par hasard dans l'énucléation. Freund et Martin,

dans ces cas, font un drainage utéro-vaginal avec un drain en caoutchouc ou de la gaze iodoformée, ce qui peut avoir quelque utilité quand le moignon du pédicule n'est pas parfaitement exangue.

Cette césarienne pour polypes est exceptionnelle, il faut que les polypes soient bien volumineux pour ne pouvoir être enlevés par le vagin.



Discussion

En jetant un rapide coup d'œil sur les divers traitements des fibromes et sur les résultats qu'ils donnent, on arrive à bien se convaincre que la cure de ces tumeurs ne peut être que du domaine chirurgical. Parmi les traitements chirurgicaux, il n'y a plus à hésiter qu'entre l'hystérectomie abdominale ou vaginale et la myomectomie abdominale ou vaginale. Mon rôle n'est pas ici de poser des indications précises pour le choix de la voie vaginale plutôt que de la voie abdominale et réciproquement. Je me bornerai tout simplement à répéter ceci, c'est qu'en principe tout utérus fibromateux ne dépassant le pubis que de deux ou trois travers de doigts peut être attaqué par le vagin ; d'autre part tous les chirurgiens n'auront en vue que l'intérêt de leurs malades et choisiront donc la voie qui leur paraîtra entre leurs mains comporter le plus de chances de succès. Je suppose donc que l'opérateur est décidé à intervenir par la voie abdominale ; voyons pour quelles raisons il devra faire la myomectomie et quand il devra la faire.

§ 1. — *Pourquoi faut-il faire la myomectomie abdominale ?*

La myomectomie abdominale doit être faite parce que les reproches qu'on lui a adressés ne sont pas justifiés, parce qu'elle présente des avantages sérieux sur l'hystérectomie abdominale totale et sur l'hystéromyomectomie, parce que beaucoup d'auteurs des plus autorisés se sont fait les défenseurs de cette intervention et que les statistiques de ces derniers temps sont absolument en sa faveur.

I. — Les reproches qu'on a faits à la myomectomie visent principalement l'énucléation des fibromes, car sur l'ablation des tumeurs pédiculés sous-séreuses l'accord est plus près de se faire. Quant à la variété de myomectomie que j'ai décrite sous le nom d'opération césarienne pour fibro-myome, elle est, comme je l'ai déjà dit, une opération d'exception. Il y a quelques mois, août 1899, au Congrès de Gynécologie d'Amsterdam, les adversaires de la chirurgie conservatrice ont formulé les reproches suivants à la myomectomie :

- 1° La récursive.
- 2° Le grand nombre des fibromes.
- 3° L'hémorragie.
- 4° L'ouverture accidentelle de la cavité utérine.

1^o *Récidive*. — MM. Schauta, de Vienne, Doyen repoussent la myomectomie, car dirent-ils, il est bien rare qu'après avoir pratiqué cette opération, le chirurgien ne soit pas obligé quelques mois après de refaire une laparatomie à sa malade, de l'exposer à tous les dangers d'une seconde opération, car les accidents ont reparu plus que jamais et la vie de la malade est de nouveau menacée. Le seul moyen, disent-ils, d'empêcher la graine de fibromes de se développer est d'enlever complètement l'organe qui en est atteint... D'abord la récidive est-elle si fréquente que ses auteurs veulent bien le dire. Je crois qu'ils exagèrent d'une façon trop manifeste. M. Ferendinos réunit dans sa thèse 290 cas de myomectomie auxquels j'ajouterai ceux qui sont consignés dans nos observations inédites, ce qui porte la statistique à 298 cas.

Sur ces 298 opérées, qui ont été suivies de près par leurs médecins et dont l'opération remonte la dernière à quatre mois au moins, sait-on combien il y a eu de récidive ? Il y a eu trois cas où le chirurgien a dû intervenir de nouveau et recourir cette fois à la cure radicale, c'est-à-dire à l'hystérectomie abdominale totale.

Il est donc très rare de voir récidiver le fibrome après la myomectomie puisque le pourcentage de la récidive est juste de 1 pour 100. Je crois que cette proportion diminuera encore à mesure qu'on attachera plus d'importance à l'examen très attentif de

l'utérus, en le palpant, en l'inspectant avec soin comme je l'ai indiqué au manuel opératoire, pour ne laisser échapper absolument aucun petit noyau fibromateux. Les récidives, seront encore, à mon avis, plus rares quand le chirurgien sera convaincu dans l'énucléation de l'utilité d'enlever autour de la tumeur une certaine épaisseur de fibres musculaires de l'utérus, comme il est indiqué de faire dans les adéno-fibromes du sein, pour supprimer la graine myomateuse.

Je ferai remarquer à propos de la récidive, combien la myomectomie abdominale est supérieure à la même opération pratiquée par la voie vaginale. Dans la myomectomie vaginale, on n'a plus l'utérus sous les yeux et dans la main pour se rendre bien compte des petites tumeurs qui peuvent siéger dans ses parois et imposent la conduite à tenir par le chirurgien. Quand le ventre est ouvert on peut vérifier son diagnostic et prendre un parti pour ou contre la chirurgie conservatrice.

En somme il est possible que, même après un examen minutieux, un petit fibrome puisse échapper à l'œil de l'opérateur mais sera-t-il suffisant pour amener la récidive et faire renaître tous les accidents? En tous cas, ceci n'arrive qu'une fois sur cent cas ; la valeur de l'objection de récidive n'est donc pas suffisante pour faire dire que l'unique traitement des fibromes de la matrice est l'hystérectomie abdominale totale.

2° *La multiplicité des tumeurs.* — Certains auteurs veulent encore bien admettre la myomectomie quand il n'y a qu'un seul fibrome sous-séreux pédiculé ou interstitiel, mais quand il y en a plusieurs, ils exigent l'hystérectomie. Tel n'est pas mon avis, car l'expérience prouve qu'on peut, sans danger pour la malade et sans compromettre en quoi que ce soit le succès opératoire, enlever un certain nombre de fibromyomes utérins en respectant la matrice. Quelle est la limite ? Quel est le nombre de tumeurs qui doit commander d'une manière définitive l'ablation de l'utérus ? C'est assez difficile à dire, cela dépend de la grosseur de la situation des myomes, des indications plus ou moins pressantes, de conserver la matrice. J'en ai vu enlever 7 de la grosseur du pouce à celui d'une orange, le succès a été complet et durable ; il y a un an que la malade a été opérée et sa santé est excellente. Kelly rapporte une observation où il énucléa douze petits myomes interstitiels sur le même utérus ; la femme guérit parfaitement et les suites opératoires furent excellentes.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette question rapportent des exemples où le nombre des fibro-myomes enlevés a varié de cinq à dix. La pluralité des tumeurs n'est donc pas plus que la récurrence une contre indication à la myomectomie.

3° *L'hémorragie.* — J'ai déjà indiqué à propos du manuel opératoire combien cet accident était peu à

craindre aussi bien dans les fibromes pédiculés extra ou intra-utérins que dans les myomes interstitiels. Tous les chirurgiens qui pratiquent la myomectomie nous disent qu'ils n'ont jamais perdu de malades par hémorragie.

Chez les malades que j'ai pu suivre je n'ai jamais constaté d'hémorragie inquiétante. Quand le pédicule est bien lié d'après les divers procédés que j'ai indiqués, quand la suture utérine est bien faite avec un bon capitonnage de la cavité, il n'y a rien à craindre.

Cette objection d'hémorragie tombe donc d'elle-même et je ne veux pas m'y arrêter plus longuement.

4° Ouverture de la cavité utérine. — Certains chirurgiens timorés redoutent d'ouvrir la cavité utérine. Quand même cet accident leur arriverait, le danger ne serait pas considérable. Il y a bien des opérateurs de grande valeur tels que M. Ricard qui sectionnent de parti pris la muqueuse utérine et ils ont d'excellents résultats. Eh bien ! si la cavité de la matrice est ouverte accidentellement, il faut faire comme lui et établir un drainage utéro-vaginal. C'est une bonne précaution, surtout quand le curettage préalable n'a pas été fait, mais j'ai vu deux de nos malades chez qui la muqueuse utérine avait été sectionnée et recousue avec soin et asepsie complète sans drainage utéro-fibromateux. Elles ont très bien guéri et les suites opératoires ont été absolument normales sans la moindre réaction fébrile.

Aucune des objections faites à la myomectomie n'est sérieuse et toutes ont été aisément réfutées, aussi ne s'explique-t-on pas pourquoi cette opération, je parle surtout des deux premières variétés, ne se fait pas plus souvent dans les cas nombreux où elle est indiquée ? Ses avantages sont pourtant considérables.

II. Les avantages qu'il faut reconnaître à la myomectomie peuvent se résumer en deux paragraphes :

1° La conservation de l'utérus.

2° La moindre gravité de l'opération.

1° La conservation de l'utérus. — La matrice est un organe d'une si haute importance, qu'elle mérite bien qu'on la respecte toutes les fois qu'on le peut sans causer de préjudice à la vie et à la santé de la malade. La conservation de cet organe permet à la femme d'espérer une grossesse, d'éviter les troubles nerveux qui suivent une hystérectomie abdominale totale et de plus elle ne détruit pas la statique du bassin.

Au point de vue de la vie génitale de la femme, après une myomectomie, on est toujours en droit d'espérer une grossesse si l'âge de la femme le permet : la muqueuse qu'on ne lacère pas ou qu'on reconstitue avec soin, se remet vite du traumatisme et devient après un temps plus ou moins long, apte à favoriser le développement de l'œuf greffé sur un de ses replis. Les exemples de grossesses après la myomectomie ne sont pas très rares, je n'en possède malheureusement qu'un cas dans mes observations personnelles, mais

Krönlein, Témoin, Ricard en rapportent plusieurs cas dans lesquels l'accouchement se faisait à terme et sans la moindre complication.

En somme, toutes les fois qu'il n'existe pas de lésions concomittantes des annexes, que l'âge de la femme le permet, on peut considérer la fécondation comme possible après l'ablation du fibrome pédiculé, l'énucléation ou la césarienne pour polypes.

Je sais bien qu'on a dit qu'il n'y avait pas grand intérêt à garder un utérus myomateux, car c'était généralement un vieil utérus qui n'avait presque plus de chance d'être fécondé. D'abord il est absolument erroné de dire qu'il n'y a que les femmes voisines de la ménopause qui soient atteintes de fibromes. Les jeunes femmes ont très souvent des fibro-myomes, mais on avait pris la mauvaise habitude de leur faire espérer que tous leurs accidents se passeraient à la ménopause. Cette époque arrivée et les accidents ne cessant pas, augmentant même, le chirurgien se décidait à intervenir, et je comprends qu'il n'y avait plus le même intérêt pour la femme à 45 ans ou 50 ans de conserver son utérus, qu'à l'âge de 30 à 35 ans, alors qu'elle aurait dû être myomectomisée.

La moyenne de l'âge des femmes opérées de myomes utérins est de 36 ans d'après la statistique portant sur les 290 cas que j'ai eu occasion de signaler. J'estime qu'à 36 ans une femme a encore quelques bonnes années de vie sexuelle.

Et lors même que la femme n'aurait aucune chance d'être fécondée, soit à cause de son âge, à cause de sa profession, de sa position sociale, n'est-ce donc rien d'enlever l'utérus et ses annexes ? On a pourtant longuement insisté depuis quelques années sur les troubles consécutifs à la castration des femmes, troubles qui ont leur analogie chez l'homme après l'ablation de sa virilité. Les accidents psychiques post-opératoires ne doivent pas être traités de quantité négligeable par les chirurgiens. L'idée d'être hystérectomisées effraie un grand nombre de femmes ; elles connaissent et redoutent la déchéance morale qui suit la castration, comme l'a bien démontré M. Jayle en étudiant les résultats post-opératoires de cette intervention sur plusieurs centaines de malades dans le service de M. le Dr Pozzi.

En conservant l'utérus enfin, on ne détruit pas la statique du bassin. La matrice forme un plan solide qui renforce le périnée de la femme, s'interpose entre celui-ci et les intestins, sert directement d'organe de fixation au vagin et indirectement à la vessie et au rectum. On voit donc que l'hystérectomie empêchera ces organes de se maintenir à leur place première et que les ptoses intestinales seront rendues plus faciles ; ce qui entraînera souvent des troubles graves dans la santé générale de la femme.

Si la myomectomie ne présentait que les avantages que je viens d'énumérer, je crois que cela suffi-

fait pour en faire dans bien des cas l'opération de choix ; mais elle offre encore un avantage considérable.

Elle est moins grave que l'hystérectomie abdominale et généralement plus facile. Ceci n'a besoin d'autre démonstration que la simple comparaison entre le manuel opératoire que j'ai décrit et celui de l'hystérectomie abdominale que je ne crois pas devoir reproduire ici. Les dangers qu'on a voulu voir dans la myomectomie ne sont pas réels comme je viens de le démontrer.

Les statistiques viennent encore parler en faveur de la supériorité de la myomectomie sur l'hystérectomie au point de vue de l'innocuité. Je ne parle pas bien entendu des statistiques anciennes où le chiffre des morts est très élevé, telle que celle de A. Martin où l'on compte une mortalité de 18 pour cent. Le manuel opératoire à cette époque n'était pas encore parfait et l'asepsie était moins rigoureuse qu'aujourd'hui. D'après les statistiques actuelles datant de dix ans environ, on ne compte plus que trois décès sur 100 myomectomies, tandis que la mortalité dans l'hystéromyomectomie ou la supra vaginale est de 5 pour 100. L'hystérectomie abdominale totale offre encore une mortalité plus élevée.

Enfin malgré de nombreux détracteurs, la myomectomie a été ardemment défendue aux derniers congrès de gynécologie par des chirurgiens d'une

valeur incontestable. Je citerai parmi les chirurgiens étrangers : Baldy de Philadelphie, Kelly, Engström, Alexander, Hector Treul d'Amsterdam, Gilles de Londres, Freund, Olhausen. Les chirurgiens français qui ont le plus contribué à implanter chez nous la myomectomie par leurs exemples et leurs publications sont : Chevrier, Jaboulay, Duplay, Témoin, Monprofit, Ricard et d'autres dont la liste serait longue.

Les statistiques de ces auteurs sont des plus encourageantes :

	Cas	Morts	Récidive	Gross. cons.
Kroëtlein....	1	0	1	1
Chevrier.....	6	0	0	0
Témoin.....	11	0	0	2
Olhausen....	38	3	0	0
Alexander....	11	1	0	0
Ricard.....	4	0	0	1
Engström....	180	4	0	9
Duplay.....	3	0	0	0
Monprofit....	7	0	0	0
	261	8	1	13

Il est aisé de voir, maintenant que nous connaissons les avantages et les désavantages de la myomectomie, pourquoi il faut pratiquer cette opération ; c'est que les avantages l'emportent de beaucoup sur les quelques inconvénients que lui trouvent ses enne-

mis. Est-ce à dire que la myomectomie doit dans tous les cas détrôner l'hystérectomie ? Pas du tout, cette opération radicale sera en principe l'opération de choix, mais je veux voir maintenant précisément quelles sont les indications et les contre indications de la myomectomie.

§ II. — *Quand faut-il faire la myomectomie ?*

Si l'on s'en rapportait à quelques auteurs, on ferait de la myomectomie une intervention exceptionnelle qui n'aurait que de rares indications. Je crois au contraire que plus on sera convaincu de l'importance qu'il y a à opérer de bonne heure les fibro-myomes utérins, plus la myomectomie comptera de partisans. Le traitement chirurgical doit être proposé, surtout chez les jeunes femmes toutes les fois que la tumeur amène des symptômes alarmants d'hémorragie ou de compression. Il semble que le gynécologue ne peut guère réaliser de plus beau progrès qu'en étendant les indications de l'opération conservatrice et en diminuant dans la mesure du possible le terrain des opérations mutilatrices telles que l'hystéro-myomectomie et l'hystérectomie abdominale totale.

Quelles sont donc les variétés de fibromes qui peuvent réclamer la myomectomie abdominale ?

1° Les myomes pédicules sous péritonéaux,

- 2° Les myomes sous-séreux sessiles.
- 3° Les myomes simples développés dans la paroi utérine, c'est-à-dire les fibromes interstitiels.
- 4° Les petits myomes pariétaux multiples.
- 5° Les myomes des ligaments larges.
- 6° Un myome localisé à une corne utérine.
- 7° Enfin les myomes sous-muqueux trop considérables pour être extirpés par la voie vaginale.

L'âge de la malade est une indication de premier ordre. En effet, chez une jeune fille, chez une jeune femme sans enfant, chez une femme susceptible d'être fécondée, l'opération conservatrice est indiquée. C'est cette opération qu'on devra d'abord avoir en vue et si l'hystérectomie abdominale totale est pratiquée, le chirurgien devra avoir des raisons sérieuses à fournir, indiquant pourquoi il a été forcé de choisir le traitement radical et de sacrifier la matrice.

La malade a cinquante ans je suppose, n'a aucune chance d'être fécondée et est atteinte de plusieurs petits fibromes interstitiels. Faut-il lui enlever l'utérus ou faire la myomectomie ?

L'indication de conservation de la matrice n'est évidemment pas si pressante que dans le cas précédent. La conduite à tenir dépend de l'importance que le chirurgien attache à la suppression de l'utérus au point de vue des troubles nerveux post-opératoires et de la statistique du bassin. Mon avis est que dans ce cas, la myomectomie qui est plus facile et expose

moins les jours de la femme doit être préférée par le chirurgien.

Si l'on intervient chez une femme enceinte comme le cas s'est présenté plusieurs fois, l'opérateur devra toujours faire la myomectomie dans l'espoir de voir la grossesse continuer. Ce n'est que dans les cas de force majeure qu'il sera autorisé à supprimer un utérus gravide.

Les contre indications se tirent du nombre de fibromes, de leur volume, de l'état de l'utérus et de ses annexes, des connexions trop intimes de la tumeur et de la matrice, à tel point qu'on ne peut les séparer.

J'ai déjà écrit combien il était difficile de dire quel était le nombre de myomes qui commandait l'hystérectomie, quel était celui qui permettait la myomectomie. S'il fallait fixer un chiffre, je dirais qu'un utérus qui contient plus d'une quinzaine de fibromes avec ou sans pédicule est susceptible d'être enlevé en totalité. On sent combien est peu précise cette contre indication à la myomectomie.

Quant au volume, je ne vois guère quel est celui qui forcera l'opérateur à l'hystérectomie, surtout dans les tumeurs pédiculées, le volume du pédicule aurait plus d'importance. Dans les fibromes interstitiels, je crois avec Kelly, que lorsque le myome dépasse le volume d'une grossesse de six mois, la difficulté est grande pour refermer la cavité causée par l'ablation de

la tumeur. En somme les tumeurs dont le volume oscille entre celui du pouce et celui d'une tête de fœtus peuvent être énucléées sans toucher à la matrice.

La plus grave contre indication est fournie par l'état de l'utérus et de ses annexes. Si la matrice est déformée par la tumeur, si son axe et son canal ont perdu leur direction habituelle, si la matrice a subi un commencement de dégénérescence fibromateuse ou carcinomateuse, la myomectomie doit laisser la place à l'hystérectomie. Si les malades sont atteintes d'ovarites et de salpingites doubles qui nécessitent l'ablation des annexes des deux côtés, la conservation de l'utérus ne s'imposera pas, puisque le principal but que se propose la chirurgie conservatrice ne sera pas atteint, c'est-à-dire, la possibilité de la fécondation.

Le mauvais état général de la malade, syphilis, tuberculose, serait une contre indication à la myomectomie. A quoi bon conserver, dit-on, un utérus qui devenu gravisé pourrait entraîner la mort de la mère incapable de faire les frais d'une grossesse, et ne servirait, en cas de syphilis, qu'à produire des fausses couches, des enfants morts nés ou tout au plus des petits condamnés à mort à brève échéance.



Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Pr Monprofit, à l'Hôtel-Dieu d'Angers

M^{me} Elisabeth Ber..., de Parçay, âgée de 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 5 février 1900, dans le service de clinique chirurgicale.

La malade est réglée depuis l'âge de 13 ans. La menstruation depuis cette époque a été très régulière jusqu'à son mariage c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 23 ans. Ses règles n'étaient pas très abondantes.

Elle n'a eu qu'une seule grossesse à l'âge de 27 ans, l'accouchement s'est fait normalement, les suites de couches ont été excellentes. Elle n'a jamais eu de fausses-couches.

Depuis deux ans, elle souffre dans le bas ventre et dans les reins, surtout au moment des époques qui se prolongent pendant quinze jours, trois semaines. Notre malade, suivant son expression, est toujours dans le sang.

Depuis 3 à 8 mois, elle a d'abondantes pertes blanches qui n'ont pas la moindre odeur ; elle accuse depuis la même date des douleurs qui lui rappellent celles de l'accouchement. Il n'y a chez elle aucun trouble de la miction. La constipation n'est pas considérable. Elle ne s'aperçoit pas que son ventre a augmenté de volume.

Malgré ces abondantes métrorragies, l'état général de la malade est bon ; les autres appareils ne présentent rien d'anormal.

A l'examen local, nous constatons par le toucher vaginal que le col est mou légèrement entr'ouvert ; on y introduit aisément le bout de l'index. Les culs de sac sont remplis, principalement le cul de sac postérieur et le cul de sac latéral droit. Par le palper bi-manuel nous sentons un utérus mobile, mais très gros, plus volumineux que le poing, remontant à trois bons travers de doigts au-dessus du pubis.

Nous portons le diagnostic de fibro-myome de l'utérus, et sans être trop affirmatif, nous croyons à la variété de myome interstitiel.

Opération le 8 février 1900. — La malade est chloroformée. Incision de la paroi dans la gaine du muscle droit du côté droit, cette incision va de l'ombilic au pubis. A l'ouverture du péritoine, le chirurgien trouve un utérus plus gros que le poing, globuleux, arrondi et lisse. On est bien en présence d'une tumeur intra pariétale. L'utérus et le myome qu'il contient sont attirés hors du ventre et bien entourés de compresses aseptiques pour protéger la masse intestinale. C'est un cas favorable pour la chirurgie

conservatrice, car l'examen de la matrice ne fait découvrir qu'un autre petit fibrome gros comme le pouce.

Incision de la matrice sur la partie la plus saillante du fibrome, c'est-à-dire ici sur la ligne médiane de l'organe. Le bistouri sectionne le myome par la moitié jusqu'à la muqueuse utérine qui est sectionnée. Le chirurgien, à l'aide de ses doigts et de quelques coups de ciseaux énuclée aisément chaque moitié de la tumeur. Il enlève ensuite une petite couche des fibres qui entouraient le myome. Une fois la tumeur enlevée, on referme la matrice avec soin : surjet de fil de lin sur la muqueuse utérine, surjet musculaire profond, enfin surjet séro-musculaire et quelques points séparés pour perfectionner l'affrontement. Il n'a pas été placé une seule pince hémostatique sur la tranche utérine. Ablation par énucléation d'un petit noyau fibromateux gros comme le pouce.

Fermeture du ventre par les trois plans de sutures ordinaires. Les suites opératoires ont été excellentes, les fils de la paroi sont enlevés le 17 février, la cicatrisation est complète. Le 19 février, la malade commence à perdre du sang ainsi que les trois jours qui suivent : ce sont ses règles. Elle sort guérie le 25 février 1900.

Le fibro-myome enlevé pesait 340 grammes.

OBSERVATION II

Recueillie personnellement dans le service de M. le P^r
Monprofit

M^{me} A. C..., âgée de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'An-

gers, le 28 octobre 1899 pour y être opérée par M. le Pr Monprofit.

Réglée à 13 ans, la malade a toujours eu des règles normales jusqu'à son mariage c'est-à-dire jusqu'à 29 ans. Comme antécédents nous ne trouvons chez la malade que deux grossesses. Le premier accouchement eut lieu à terme, mais il fut suivi de péritonite très grave. La deuxième grossesse se termina par un accouchement à terme, qui fut suivi d'une phlébite de la jambe droite.

Les années suivantes, elle souffre beaucoup du ventre, elle éprouve des tiraillements pénibles dans les reins; elle a une leucorrhée abondante. Elle subit un curetage en 1893.

Depuis 3 ans, M^{me} C..., s'aperçoit que son ventre augmente de volume sur la ligne médiane et depuis 4 à 5 mois, les métrorrhagies sont très abondantes. Elle éprouve une sensation de pesanteur dans le bas ventre, des douleurs dans la région lombaire, de fréquentes envies d'uriner.

L'état général de la malade est satisfaisant. Au toucher vaginal, on trouve que le col est un peu reporté en avant, mais il n'y a rien de bien appréciable dans les culs de sac.

Au palper bi-manuel, nous trouvons nettement une masse grosse comme un gros poing, siégeant sur la ligne médiane, attenante à l'utérus, semblant faire corps avec cet organe. Cette volumineuse matrice est parfaitement mobile et remonte à 4 cm. au dessus du pubis.

Opération le 26 octobre 1899. — Ethérisation puis chloroformisation. Laparatomie médiane allant de l'ombilic au pubis. A l'ouverture du ventre, on découvre un fibrome sous-péritonéal non pédiculé. On fait une incision

sur la tumeur qui se laisse énucléer avec la plus grande facilité. La muqueuse utérine n'est pas touchée, la cavité utérine non ouverte. La plaie de la matrice est refermée par deux surjets : l'un profond qui ne prend que les muscles, l'autre qui prend et les muscles et le péritoine. L'hémorragie a été absolument insignifiante.

La paroi abdominale est refermée par trois plans de sutures.

Les suites opératoires se font sans la moindre élévation thermique. Les fils sont enlevés le 3 novembre et la malade sort guérie le 16.

Depuis son opération, M^{me} C..., est très bien réglée, elle n'a pas d'hémorragie, et n'a pas perdu tout espoir d'avoir un enfant.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'extrême obligeance de mon ami, le D^r Canonne

M^{me} B..., âgée de 34 ans, arrive le 8 novembre 1899, à la maison desanté de M. le P^r Monprofit, pour y être opérée d'un fibrome utérin.

Dans ses antécédents nous relevons deux grossesses à terme et une fausse couche il y a cinq ans.

Depuis un an, M^{me} B..., est atteinte assez fréquemment de rétention d'urine. Les règles sont normales, pas de pertes blanches, pas d'hémorragies.

A l'occasion d'une rétention d'urine, le médecin pratique le toucher vaginal. Il constate que le col utérin est

porté en avant et il trouve dans le cul de sac postérieur une tumeur dure de consistance fibreuse.

Le palper abdominal permet de constater que cette tumeur fait corps avec l'utérus, et l'absence d'hémorragies fait espérer qu'elle s'est développée dans la paroi postérieure de la matrice et qu'elle a progressé vers le péritoine.

Opération. — Laparatomie le 10 novembre 1899. Incision médiane entre l'ombilic et le pubis. Le ventre une fois ouvert, on constate que l'utérus est légèrement projeté en avant. On saisit le fond de l'utérus avec une pince à griffes, on l'attire en avant ; cette manœuvre permet de désenclaver la tumeur fibreuse développée à la face postérieure de l'organe. Cette tumeur est lisse et présente le volume du poing. On espère pouvoir l'énucléer et conserver la matrice.

L'utérus est sectionné sur la tumeur et le myome est divisé en deux parties à peu près égales. La cavité utérine n'est pas ouverte, le chirurgien énucléé avec facilité les deux moitiés de la tumeur et résèque une petite couche de fibres musculaires autour du fibrome. Il suffit de 4 pinces hémostatiques pour assurer l'hémostase.

La plaie utérine est refermée par 3 plans de sutures : un plan musculaire profond, un surjet séro-musculaire, et quelques points séparés entre les points du surjet.

La paroi abdominale est refermée comme à l'habitude par 3 plans de sutures. La tumeur pèse 420 grammes.

Les suites opératoires sont excellentes. Pas de température, pas le moindre accident : la malade sort guérie le 30 novembre.

Les règles sont revêhues depuis régulièrement, la malade n'a pas d'hémorrhagies, presque plus de leucorrhée et nous venons d'apprendre qu'elle est devenue enceinte.

° OBSERVATION IV (Personnelle)

(Recueillie dans le service de clinique chirurgicale de
M. le Professeur Montprofit)

Madame R... de Maulévrier (Maine-et-Loire) âgée de 34 ans entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 février 1900.

La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 12 ans. Les règles sont régulières et peu abondantes jusqu'à l'âge de 30 ans. Elle a eu deux grossesses qui se sont terminées par deux accouchements à terme, les deux enfants sont vivants et bien portants.

Depuis 1 ans environ, la malade se plaint de douleurs dans le bas ventre avec irradiation dans la région lombaire et à la racine des cuisses. Ces douleurs sont plus aiguës au moment des époques menstruelles. Depuis 10 à 12 mois elle éprouve des envies fréquentes d'uriner, mais la miction n'est pas douloureuse. Elle perd du sang presque continuellement et a eu trois fois de véritables hémorrhagies. Elle a très peu de leucorrhée. Elle ne croit pas que son ventre a augmenté de volume.

Au toucher nous trouvons un gros col, les culs-de-sac sont libres, par le palper abdominal joint au toucher nous constatons que l'utérus est augmenté de volume et qu'il a le développement d'une grossesse de près de 4 mois. La matrice est mobile.

Nous posons le diagnostic de fibrome chez une jeune femme dont l'état général est excellent malgré les métrorragies répétées.

Opération le 15 février 1900. Après chloroformisation, la paroi abdominale est incisée de l'ombilic au pubis. A l'ouverture du ventre, le chirurgien trouve un utérus dont le volume égale celui d'un œuf d'autruche. Après un examen attentif de la matrice, on voit qu'on se trouve en présence d'un myome unique interstitiel ou sous muqueux non pédiculé. C'est le cas de faire de la chirurgie conservatrice.

Incision des fibres utérines et du myome sous-jacent par la moitié. La cavité utérine est ouverte. On procède à l'énucléation de chaque partie de la tumeur. On enlève ensuite une petite couche de fibres musculaires tout autour de la tumeur sauf à la partie inférieure, car le myome touchait à la muqueuse. Fermeture de la plaie utérine par capitonnage : suture de la muqueuse, suture musculaire profonde, surjet musculo-séreux et affrontement parfait des lèvres de la plaie à l'aide de quelques points de Lembert. Trois petites artérioles ont été liées sur la tranche utérine. Le fibrome pèse 410 gr. Fermeture du ventre par trois plans de sutures au fil de lin. Les suites opératoires sont excellentes ; le soir la malade a perdu un peu de sang par le vagin ce qui ne se renouvelle pas les jours suivants. Le 24 février les fils sont enlevés et la malade sort guérie le 2 mars 1900.

Les accidents hémorragiques n'ont pas reparu après l'intervention. Nous avons eu des nouvelles de la malade à la fin de juin, tous les accidents ont disparu, l'amélioration continue.

OBSERVATION V (Inédite)

Recueillie par mon collègue et ami M. E. Meslier, dans le service de clinique chirurgicale.

Le 10 septembre 1899, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Monprofit, une dame Au... âgée de 37 ans :

La menstruation s'établit chez elle à l'âge de 14 ans ; les règles depuis lors sont venues régulièrement, mais elles ont toujours été abondantes et douloureuses.

Mariée à 29 ans, elle n'a eu qu'une grossesse à l'âge de 34 ans. L'accouchement a été des plus simples, mais l'enfant n'a pas vécu. En nous donnant quelques détails sur la mort de son enfant, elle nous dit combien elle serait heureuse d'être mère : « Mais ajoute-t-elle, il faut bien que je renonce à tout cela, puisque je suis décidée à me faire opérer. »

Depuis 8 à 10 mois, ses règles deviennent de plus en plus abondantes s'accompagnant de violentes douleurs abdominales et de constipation opiniâtre. Elle est tous les mois forcée de garder le lit deux ou trois jours. Elle n'a jamais de pertes blanches et pas de métrorragie entre ses époques.

La miction n'est pas du tout troublée.

Depuis 5 mois à peu près, elle a constaté, elle-même que son ventre avait augmenté de volume.

Au toucher vaginal nous trouvons un col très dur, pas hypertrophié, le cul-de-sac postérieur est complètement rempli par une masse dure. A la palpation nous trouvons

Morinière

une grosseur qui dépasse le pubis de quatre travers de doigts et simulerait comme volume une grossesse de trois mois au moins. Cette masse dure, globuleuse, est bien la matrice augmentée de volume, comme on peut s'en convaincre par le palper abdominal combiné au toucher vaginal.

Evidemment nous pensons au fibrome, mais il nous est impossible de rien promettre à la malade au sujet de la conservation de l'organe.

Opération le 12 septembre 1899. — *Ethérisation.* Ouverture du ventre. Le chirurgien trouve une tumeur utérine du volume d'un œuf d'autruche, qu'il attire à l'extérieur. Elle est fixée à la partie postéro-supérieure de la matrice. Tout de suite on voit la possibilité de faire la myomectomie en épargnant l'utérus. C'est un myome sessile sous-péritonéal.

La tumeur bien exposée et reposant sur un lit de compresse est sectionnée à sa partie culminante. L'énucléation se fait ensuite avec les mains et les ciseaux qui tranchent quelques adhérences profondes. Le sang coule en nappe mais on ne voit que 4 jets artériels qu'on arrête aussitôt. Le chirurgien enlève ensuite une petite couche de fibres utérines qui entourent la tumeur vers la profondeur. La cavité de la matrice n'est pas ouverte.

La vaste excavation produite par l'ablation en fibrome est capitonnée par trois plans de sutures au fil de lin ordinaire, on n'établit aucune sorte de drainage. L'hémostase est parfaitement assurée, la plaie utérine bien affrontée est nettoyée avec soin ainsi que la cavité abdominale.

Le ventre est refermé par trois plans de suture.

La tumeur enlevée pesait 545 grammes.

Les suites opératoires sont aussi bonnes que possible. Pas la moindre réaction fébrile. Les fils de la plaie abdominale sont enlevés 10 jours après l'opération ; et la malade quitte l'hôpital le 30 septembre en excellent état.

La malade qui habite Angers et que nous avons pu revoir est bien réglée, n'a plus de douleurs ni de constipation mais jusqu'à présent elle n'est pas enceinte.

OBSERVATION VI (Personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le P^r Monprofit)

M^{me} Victorine G..., des Deux-Sèvres, est envoyée dans le service de clinique chirurgicale à cause de ses métroragies et de ses douleurs abdominales. Elle entre à l'hôpital le 27 juin 1899.

Elle est âgée de 47 ans, a eu 3 grossesses, dont la première s'est terminée par un avortement de six mois environ.

Ses deux autres accouchements ont eu lieu à terme et sans le moindre incident. Ses enfants sont vivants et bien portants.

C'est une femme nerveuse et excessivement impressionnable.

Depuis 6 à 8 ans, elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et une sensation de pesanteur dans toute la région abdominale. Les pertes blanches sont très abondantes mais n'ont pas du tout d'odeur. Les douleurs sont beaucoup plus intenses au moment des règles. Celles-ci sont

assez irrégulières depuis 1 an et sont beaucoup augmentées comme quantité. La malade a eu, à plusieurs reprises, de la rétention d'urine.

Au toucher vaginal, nous ne trouvons rien de particulier, le col est un peu gros, les culs-de-sac ne présentent rien à signaler. Par le palper bi-manuel la main sent un utérus peu volumineux, mais très irrégulier, bosselé et dur. Tout porte à croire que le chirurgien va trouver une matrice myomateuse plutôt qu'une dégénérescence carcinomateuse de l'utérus. La malade quoique très nerveuse, n'est pas cachectique, et la santé générale n'est pas mauvaise.

En raison des troubles psychiques qui pourraient se développer chez cette femme après l'intervention, on est décidé à conserver l'utérus s'il y a moyen.

Opération le 1^{er} juillet 1899. — La malade est anesthésiée à l'éther. On ouvre du pubis à l'ombilic la gaine du muscle droit du côté droit. Une fois le ventre ouvert et la cavité péritonéale bien éclairée par la valve abdomino-vaginale, le chirurgien aperçoit un utérus un peu plus gros que normalement et qui présente 3 petits fibromes pédiculés et deux autres sessiles sous-péritonéaux. Ces petites tumeurs varient comme volume entre celui du bout du doigt et celui d'une orange. Les plus gros sont ceux qui sont pédiculés. La matrice est palpée et examinée avec soin. L'ovaire droit est kystique et gros comme un œuf de pigeon ; il est enlevé après transfixion du pédicule à la soie. Les pédicules des fibro-myomes sont traités de la façon suivante. Une pince est placée sur chacun d'eux, on sectionne au-dessus de la pince, on passe un fil en leur

milieu et l'on fait deux nœuds solides de chaque côté au-dessus de la pince. Les deux autres myomes sont énucléés par le procédé ordinaire.

La petite plaie utérine est suturée par quelques fils séparés.

Après une toilette soignée de la région et après s'être bien assuré que l'hémostase est parfaite, on abandonne dans le ventre les 3 petits moignons et la matrice.

Fermeture de l'abdomen par trois plans de suture.

Les suites opératoires sont normales. Pas de température, pas de douleurs dans le ventre. Les fils sont enlevés le 10^e jour, la plaie abdominale est cicatrisée.

Nous n'avons pu depuis sa sortie de l'hôpital avoir des nouvelles de notre malade, mais si elle avait présenté le moindre accident nous l'aurions revue à la clinique chirurgicale.

OBSERVATION VII (Inédite).

Recueillie dans le service de clinique chirurgicale d'Angers par mon collègue et ami H. Jardin.

Le 15 octobre 1896, M^{me} veuve P..., âgée de 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Monprofit, pour y être opérée d'un fibrome utérin.

La malade est réglée depuis l'âge de 15 ans. La menstruation est très régulière, mais s'accompagne très souvent de coliques violentes. Pas de leucorrhée dans l'intervalle.

Mariage à 21 ans. La malade a cinq enfants en quatre ans. Toutes ses grossesses sont régulières, les accouchements se font normalement. Aucun accident.

Après le dernier accouchement qui se fait en 1880, les règles reviennent régulièrement. Pas de maladie.

En 1892, les règles cessent brusquement pendant dix mois. La malade ne souffre pas, sauf pendant quelques jours toutes les 3 semaines, au moment qui devrait correspondre à l'époque menstruelle. Les règles réapparaissent spontanément au bout de 10 mois ; elles reviennent plus abondantes et plus fréquentes qu'auparavant.

Depuis le mois de janvier 1896, l'écoulement menstruel est disparu d'une façon définitive, et aussitôt après, la malade s'est aperçue que son ventre augmentait de volume. A la même époque, elle commence à souffrir. Les douleurs sont assez vives et s'exagèrent par la marche ou la station debout.

L'appareil digestif fonctionne très bien. L'état général est satisfaisant, mais la malade souffre de plus en plus du ventre et elle se décide à entrer à l'hôpital le 15 octobre 1896.

A la palpation, on trouve une tumeur médiane, lisse, régulière, très dure, remontant jusqu'à 2 travers de doigt au dessus de l'ombilic.

Au toucher, on trouve le col utérin tellement élevé qu'il est impossible de se rendre compte d'une façon exacte s'il se déplace en même temps que la tumeur.

Aucun écoulement par le vagin.

Opération le 17 octobre 1896.

Anesthésie au chloroforme. Incision sur la ligne médiane de la gaine du muscle droit. Le muscle est récliné en dehors ; incision de la paroi postérieure de la gaine. Ou-

verture du péritoine. On aperçoit une tumeur volumineuse rouge violacée, implantée par un pédicule long de 2 à 3 centimètres sur le milieu du fond de l'utérus. A l'aide d'une pince à griffes on saisit la tumeur et on l'attire au dehors. Par toute sa face postéro-supérieure elle adhère au colon transverse et à l'intestin grêle. Ces adhérences assez résistantes sont détruites avec les ciseaux. Elles sont très vasculaires et il faut lier une dizaine d'artérioles. Une fois débarrassée des adhérences intestinales, on met une pince sur le pédicule et on enlève la tumeur. On lie le pédicule par transfixion avec un gros fil de soie.

Les annexes sont sains et laissés en place.

Fermeture du ventre par trois plans de suture. Pansement iodoformé.

La tumeur enlevée pèse 2 kilos 200 ; elle est constituée par du fibrome ramolli.

Les suites opératoires sont excellentes.

Les fils sont enlevés le 26 octobre. La cicatrisation est complète. Les douleurs assez vives le jour de l'opération sont calmées avec une injection de morphine de 0.01 centigr.

Le 19 octobre la malade est purgée avec une limonade purgative.

L'état général devient très bon. La malade mange bien, repose bien. La plaie est très belle.

La malade sort le 17 novembre complètement guérie. Elle ne souffre plus.

Nous apprenons que la malade n'a pas eu de grossesse depuis son intervention ce qui du reste n'a rien de surprenant.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Recueillie à l'Hôtel-Dieu d'Agers, par mon collègue et ami C. Turlais)

La nommée F... Marie, 34 ans, épicière est entrée le 21 septembre 1899 dans le service du professeur Monprofit pour une tumeur abdominale. Le début de sa maladie remonte à deux années. Depuis cette époque elle n'a cessé d'éprouver un peu au dessous de l'ombilic une douleur profonde, non pas très vive, mais sourde, exaspérante par sa continuité.

Cette sensation de pesanteur plutôt que de douleur véritable était attribué par la malade aux hémorragies qu'elle avait, depuis l'origine de sa maladie, à toutes les époques menstruelles. Ces hémorragies ne reparaissaient du reste jamais dans l'intervalle de ses règles. A ces troubles s'est joint bientôt une constipation opiniâtre, qui nécessitait qu'à des purgatifs répétés. Enfin le ventre au bout d'un an environ commença à augmenter de volume. Depuis deux mois surtout, cette augmentation de volume est très notable et progressive. Aussi la malade effrayée par l'évolution rapide de la tumeur, se décide à nous consulter.

Voici le résultat de notre examen :

A l'inspection de la région douloureuse on constate un relief très marqué, formant une saillie arrondie à limites mal déterminées, située au niveau et à gauche de l'ombilic. Dans tous les autres points la région abdominale ne présente qu'une voussure régulière. Au palper, on perçoit très facilement une tumeur lisse, régulière générale-

ment, ne présentant qu'une saillie un peu marquée au niveau et à gauche de l'ombilic. Cette tumeur est dure ; on ne trouve aucun point de sa surface rénitent. Si on la saisit entre les deux mains, l'une placée sur son bord droit, l'autre sur son bord gauche, on réussit à lui imprimer des mouvements d'oscillation. Sa limite supérieure se trouve à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Latéralement elle s'étend presque d'une crête iliaque à l'autre. Le toucher vaginal dénote un col utérin d'un volume moyen, dur, non entr'ouvert. Le cul-de-sac postérieur est rempli par la tumeur qui, comme on peut très bien le constater maintenant, fait corps avec l'utérus. Les autres culs-de-sac sont libres. Le diagnostic s'impose donc : Nous avons affaire à un fibrome utérin.

Opération le 26 septembre 1899, par le professeur Monprofit. Ethérisation.

Laparatomie médiane inférieure allant de l'ombilic au pubis. La tumeur mise à découvert, on la désenclave à l'aide d'une forte pince à griffe et on constate alors que l'on est en présence d'un gros fibrome pédiculé sous-péritonéal, fixé au niveau du fond de l'utérus. Celui-ci est sain dans ses autres parties et ne présente pas d'autres noyaux fibromateux.

Le chirurgien se décide immédiatement à pratiquer la myomectomie et à laisser en place la matrice. A l'aide du bistouri il sectionne le pédicule au ras du fond de l'utérus.

Cette section laisse une surface saignante arrondie. Un fil est passé à un centim. environ et à la partie médiane de la ligne de section du côté droit pour ressortir à gauche au point symétrique opposé. Ce fil serré ferme la plaie de telle

sorte qu'elle ne constitue plus désormais qu'une ligne allongée dans le sens antéro-postérieur et constituée par deux lèvres de tissu utérin accolées. Cette juxtaposition des deux lèvres est encore rendue plus parfaite par deux points de suture passés l'un en avant, l'autre en arrière du point médian. Cette suture faite, l'hémorragie légère qui a eu lieu au moment de la section du pédicule est arrêtée complètement, l'utérus entièrement reconstitué. On procède alors à un nettoyage soigné du petit bassin et l'opération est terminée.

La paroi abdominale est refermée par trois plans de suture. Pansement à l'iodoforme. Le fibrome pèse 2 kilog.

Les suites opératoires sont des plus simples. La malade va à la selle le lendemain de l'opération. Elle urine seule. Le troisième jour elle commence à manger ; le huitième les fils cutanés sont enlevés ; la plaie est en parfait état. La malade sort guérie le 8 octobre 1899.



Conclusions

1° La myomectomie a sur l'hystérectomie l'immense avantage de conserver l'utérus et de ne pas enlever aux femmes tout espoir de maternité.

2° Elle n'expose pas les femmes aux troubles nerveux parfois si inquiétants qui suivent l'hystérectomie et l'ovariotomie.

3° La récurrence est assez rare après la myomectomie pour que l'on puisse considérer cette intervention comme curatrice des fibro-myomes utérins.

4° Il est donc indiqué de faire l'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus sans enlever la matrice, toutes les fois qu'on le pourra, c'est-à-dire dans tous les cas où n'existeront pas les contre indications que j'ai mentionnées.

5° La myomectomie a fait ses preuves. Elle doit

être énergiquement défendue et encouragée, car elle a répondu à ses promesses quand on a su l'employer à propos.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- Benneke.* — Zeitschrift für Geburt und Gynæcologie, 1894.
- Blanc.* — Loire médicale, 1899.
- Bouilly.* — Bulletin et mémoire de 1889, congrès de Bruxelles.
- Burkhardt.* — Deutsche medical Wochens, 1880.
- Chaput.* — Annales de gynécologie, t. XXXVII, p. 43.
- Chevrier.* — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1891.
- Czempin.* — Société de Gynécologie de Berlin, 1886.
- — Zeitschrift Geburt und gynæcologie, 1888.
- Delbet.* — Traité de chirurgie, tome VIII.
- Doyen.* — Congrès de Genève 1896, d'Amsterdam 1899.
- Annales de gynécologie et d'obstétrique, août et septembre 1899.
- Duplay.* — Presse médicale, juin 1899 et 1900.
- Etheridge.* — Journal of the American medical association, 1894.
- Ector Treub.* — Congrès de gyn. et d'obst. d'Amsterdam, 1899.
- Engstræm.* — Idem.

- Freund.* — Central. für gynæcologie, 1886, p. 801.
Ferendinos. — Thèse de Paris, 1900.
Gannal. — Thèse de Paris, 1897.
Gunsbourg. — Thèse de Paris, 1900.
Heger. — Central. für gynæcologie, 1886.
Kelly. — Operative gynecology, 1899.
Krônlein. — Central für gynæcologie, 1899.
Jaboulay. — Lyon Médical, 1894. Med. Moderne, 1898.
Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.
Longuet. — Progrès Médical, 1899.
Martin. — Deutsche med. Woch, 1800, n° 27.
— Naturforscherversammlung, Cong. de Cassel, 1878.
— Central für gynæcologie, 1890.
Muller. — Congrès de Berlin, 1895.
Nagel. — Cent für gynæcologie, 1866. p. 497.
Noble. — Ann. de gyn. et d'obst. 1897.
Monproft. — Archives prov. de chirurgie, 1889.
— Congrès de chirurgie, 1897, p. 937.
Olshausen. — Handbuch der gynæcologie, 1897.
Péan. — Hystérectomie. Paris, 1893.
— Leçons de cliniq. chir. 1876. T. 1, 1879, t. II.
— Ann. de gynécologie, 1885.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
— Semaine gynécol, 1899.
Ricard. — Gaz. des Hôpitaux, octobre, 1898.
— Congrès de chirurgie, 1899.
— Gaz. des Hôpitaux, octobre 1899.
Smily. — British medic. journal, 1898.
Segond. — Congrès franç. de chirurgie, 1895.
Sebileau. — Gaz méd. de Paris. Janv. 1897.

Spencer Wells. — Cité par Zweifel in die Stielbehandlung bei der myomectomie, 1888.

Spiegelberg. — Arch. für gynœcologie, 1874.

Témoin. — Arch. prov. de chirurgie, 1896.

Schwarz. — Semaine gynécol. nov. 1896.

Quenu. — Semaine gynécol. mars 1896.

Tillaux. — Traité de chirurgie, T. II.

William Alexander. — British méd. journal, 1898.

Vuillet. — Congrès de Rome, 1895,

Veit. — Société obst. et gyn. de Berlin, nov. 1895,

